

# Geestelijke gezondheidkunde : notities

Citation for published version (APA):

van den Hout, M. A. (1988). *Geestelijke gezondheidkunde : notities*. Rijksuniversiteit Limburg.  
<https://doi.org/10.26481/spe.19881028mh>

**Document status and date:**

Published: 28/10/1988

**DOI:**

[10.26481/spe.19881028mh](https://doi.org/10.26481/spe.19881028mh)

**Document Version:**

Publisher's PDF, also known as Version of record

**Please check the document version of this publication:**

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

**Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

---

# Geestelijke Gezondheidkunde

## Notities

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de Geestelijke Gezondheidkunde aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht op 28 oktober 1988 door Prof. Dr. Marcel A. van den Hout.

---



---

*Dames en Heren,*

De leerstoel die met het uitspreken van deze rede wordt aanvaard werd Geestelijke Gezondheidskunde genoemd. De leerstoel is nieuw; niet eerder werd in Nederland zo'n leeropdracht verleend en graag grijp ik deze gelegenheid aan om de aard van het nieuwe vakgebied enigszins te preciseren.

Allereerst zal de vraag aan de orde komen waar Geestelijke Gezondheidskunde over gaat. Wat is het object van deze discipline? Vervolgens zal nader worden uiteengezet hoe de Geestelijke Gezondheidskunde kan bijdragen aan het wetenschappelijk onderzoek. Tot slot zullen bespiegelingen worden gegeven omtrent de maatschappelijk relevantie van Geestelijke Gezondheidskunde, het onderwijs in de Geestelijke Gezondheidskunde en de verhouding van de opleiding Geestelijke Gezondheidskunde met reeds bestaande opleidingen.

Waar gaat Geestelijke Gezondheidskunde over?

Om te beginnen moet hier gewezen worden op een misverstand dat snel ontstaat en dat in de kiem gesmoord dient te worden. Het misverstand is dat er zoets bestaat als wetenschappelijke kennis over wat geestelijke gezondheid is. Meer in het bijzonder luidt het misverstand dat sommige universitair geschoolden over kennis beschikken omtrent de aard van gezonde geesten en dat zulke deskundigen hun inzicht kunnen overdragen aan studenten.

Welnu, ik weet niet wat geestelijke gezondheid is. Verdenkt U mij niet van valse bescheidenheid, het is om principiële redenen

---

dat ik meen dat er, althans vanuit wetenschappelijk standpunt, niet veel verstandigs te zeggen is over wat geestelijke gezondheid constitueert.

Laat ons allereerst stilstaan bij de notie "gezondheid". Het omschrijven van wat gezondheid is, is een hele onderneming. Onder de filosofen van onze faculteit bevinden zich voortreffelijke geleerden die hierover verstandiger kunnen spreken dan ik, doch ik ontkom er niet aan althans enige opmerkingen over het begrip te maken. In het dagelijks spraakgebruik slaat gezondheid op het "juist" of "optimaal" functioneren van het organisme c.q. van delen ervan. Als organismen hun mogelijkheden tot groei en ontwikkeling zo ontplooiën, dat hun integriteit en levensduur optimaal wordt gewaarborgd, dan spreken we doorgaans van "gezondheid". Het is verleidelijk zo'n idee van gezondheid als "juist functioneren", als "optimale ontplooiing" ook toe te passen op menselijk gedragen mentale processen. Zo'n generalisatie is ook niet ongebruikelijk. Zo verklaart de Wereldgezondheidsorganisatie op 22 juli 1946 dat gezondheid is "de toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet louter de afwezigheid van ziekte of gebrek". Om gezond te zijn moet men zich mentaal volledig welbevinden. A propos, het kan niet anders dan dat de WHO hier méér mee bedoelt dan dat de betrokkene zich slechts "subjectief" volledig mentaal welbevindt; men denke aan het intense subjectieve welbevinden dat alcohol of opiaten kunnen oproepen. Alcoholische euforie kan men kwalijk prototypisch gezond noemen. Nee, ook de WHO impliceert met "volledig mentaal welbevinden" een objectief optimaal functioneren. Als gezondheid verwijst naar optimaal functioneren van het organisme, dan zou Geestelijke Gezondheid slaan op optimaal

---

mentaal of gedragsmatig functioneren. Wat is er tegen die gedachte?

Allereerst wil het geval dat het aantal dingen dat we in principe kunnen doen, het aantal sentimenten dat we kunnen voelen en het aantal gedachten dat we kunnen hebben vrijwel onbeperkt is. Wat we feitelijk denken, voelen of doen, is slechts een minuscule selectie uit een onafzienbaar aantal alternatieven. Indien we het universum van potentieel doen, voelen en denken voor een individu niet uitputtend kunnen omschrijven, weten we ook niet of een bepaalde selectie van gedragingen "optimaal" is.

Belangrijker nog komt mij het volgende voor. Al doende en al latende, streven mensen doelen na. Dát mensen doelen stellen, hóe ze dat doen, waarom ze dat doen, dat zijn empirische kwesties. Of het echter psychisch gezond, in de zin van "optimaal" is om bepaalde doelen wel na te streven en andere niet, dat is geen empirische, maar een *normatieve* zaak. Het gaat er daarbij om welke doelen wel of niet waard zijn om na te streven en het gaat er daarbij om hoe mensen *behoren* te handelen. Dit "behoren" is noch onderdeel van de gedragswetenschap, noch van gezondheidswetenschappen, noch van enig andere empirische wetenschap. Zoals door zovelen beargumenteerd, zijn er geen logische of empirische argumenten op basis waarvan uiteindelijk besloten kan worden welke doelen nagestreefd zouden moeten worden. Wie bepaalde doelen als "optimaal" propageert, die moraliseert. Wie zich daarbij beroept op de empirische wetenschap, pleegt boerenbedrog. Hij verkoopt knollen voor citroenen.

Kort samengevat: gezondheid verwijst naar optimaal functioneren van het organisme. Er zijn twee redenen waarom optimaal "geestelijke" functioneren niet éénduidig is te

---

definiëren. In de eerste plaats is er een kwantitatief probleem: wij kennen niet alle wijzen waarop mensen geestelijk kunnen functioneren en bijgevolg weten we nooit of bepaalde mentale processen of gedragingen "optimaal" zijn. In de tweede plaats zijn bij het idee van optimaal geestelijk functioneren morele premissen in het geding. Over de geldigheid van die premissen valt langs wetenschappelijke weg niets te zeggen.

Ik ontkwam er niet aan U te melden dat ik geen benul heb wat geestelijke gezondheid is. Met deze mededeling echter is de kous niet af. U zult dat vermoedelijk hebben afgeleid uit het feit dat de oratie slechts enkele minuten heeft geduurd terwijl U een openbare les van veel langer in het vooruitzicht was gesteld. Laat ons vervolgen. Het komt mij, zoals gezegd, voor dat geestelijke gezondheid zich niet laat definiëren. Daaruit volgt niet dat de empirische wetenschap de geestelijke gezondheidszorg links moet laten liggen. Mij lijkt dat de bemoeienis van de wetenschap met de geestelijke gezondheidszorg *indirect* is. Dit verdient toelichting.

Zojuist ging het over heerlijkheden zoals het volledige mentale welbevinden van de WHO. Nu zou ik de blik willen richten op het omgekeerde van zulke paradijselijke noties. Ik zou willen stilstaan bij kommer en kwel; bij verdriet en ellende. Mijmerend hierover maakte Freud een bruikbaar en ontnuchterend onderscheid tussen "echte" en "neurotische" ellende. Echte ellende kennen we maar al te goed en dat zal wel zo blijven ook: er is geen reden te verwachten dat we op het ondermaanse bevrijd zullen worden van eenzaamheid, pijn, ziekte en dood. Echte ellende is ellende die onlosmakelijk verbonden is met de *condition humaine*. Anders ligt dat bij wat Freud noemde "neurotische" ellende en wat hier zonder bezwaar verbreed kan worden tot psychopathologische

---

ellende. Voorbeelden zijn het horen van stemmen die er niet zijn, het voelen van heftige pijn zonder dat ietsel aanwijsbaar is, het onvermogen het huis te verlaten uit angst voor een dreiging die er niet is enzovoorts. (Terzijde zij gememoreerd dat in veel gevallen de term "psychopathologie" als metafoor moet worden begrepen, ongeveer zoals men ook een staatshuishouding als ziek kan betitelen. Dat neemt niet weg dat de term psychopathologie vaak een bruikbare beeldspraak is. Deze kwestie laat ik rusten). Kenmerkend voor psychopathologische ellende ten opzichte van "echte" ellende is natuurlijk niet dat psychopathologie "onecht" is of dat de lijdensdruk gering is. Integendeel, het verdriet en de invalidering ten gevolge van psychopathologische problemen kunnen hartverscheurend zijn.

Kenmerkend voor psychopathologische ellende ten opzichte van "echte" ellende lijkt veeleer dat de narigheid waaronder betrokkene lijdt naar gebruikelijke maatstaven niet onvermijdelijk is, c.q. niet rationeel is. Opvallend is dat één en ander niet wordt opgelost door zakelijke informatie te verstrekken: de mededeling dat spinnen ongevaarlijk zijn doet spinnenvrees niet verdwijnen, de mededeling dat er geen geluidsgolven trilden toen de paranödicus een stem hoorde, zal niet leiden tot verdwijnen van de paranöla. Van huidig belang is vooral dat psychopathologische processen mensen *hinderen* om hun leven op een voor hen bevredigende wijze in te richten. Neurotische angsten, depressies, wanen e.d. ontnemen mensen de mogelijkheid te werken, lief te hebben of te spelen.

Terugdenkend aan wat zojuist werd gezegd over gezondheid als optimale ontplooiing of volledig welbevinden, vallen asymmetrieën in het oog. Terwijl we, zoals betoogd, nooit



weten of met bepaald gedrag een individu zich "optimaal" ontplooft, is het wèl mogelijk *blokkades* aan te geven waardoor ontplooiing, welbevinden etc. beperkt wordt. Neurotische angsten, psychotische wanen, obsessief ritualiseren zijn vrij eenvoudig als zodanig te identificeren en vormen ernstige belemmeringen voor de vrije ontwikkeling van de betrokkenen. "Optimaal" functioneren valt niet te identificeren; sub-optimaal functioneren ten gevolge van psychopathologisch lijden valt wèl te lokaliseren.

Een tweede asymmetrie heeft betrekking op de genoemde onmogelijkheid om "behoren" uit "zijn" te deduceren. Wanneer we niet proberen om volledig geestelijk welbevinden, te beschrijven of te realiseren maar als we, bescheiden er, trachten geestelijke *ongezondheid* te identificeren en te reduceren, dan is zedenmeesterij beter te vermijden. Bij de omschrijving of behandeling van psychopathologie hoeft de wetenschapper zich niet uit te spreken over hoe de ander zijn leven in *moet* richten. Interventies kunnen dienen om de betrokkene in staat te stellen om, ongehinderd door irrealistische angsten, depressies, wanen etc. zijn leven zo in te richten zoals hij dat goeddunkt.

Wat ons bezig hield was de mogelijkheid van wetenschappelijke bemoeienis met de geestelijke volksgezondheid. Dit onderwerp kan nu enigszins worden verduidelijkt. Langs wetenschappelijke weg kan geestelijke gezondheid noch ondubbelzinnig worden gedefiniëerd, noch rechtstreeks worden nagestreefd. Wel echter kan geconstateerd worden dat sommige mensen ernstig geblokkeerd raken in hun vermogen zich te ontplooien. De psychopathologische nosologie geeft een staalkaart van dergelijke gemankeerde ontplooiing. Voor zover de wetenschap de geestelijke gezondheid kan bevorderen,

---

gebeurt dat indirect; niet door het bevorderen van welzijn, doch door het reduceren van psychopathologie.

In het voorgaande verwees ik naar de WHO-definitie van gezondheid als, onder meer, volledig mentaal welbevinden. Die aanduiding roept associaties op met de hemel op aarde en de omschrijving leek daardoor naïef, zo niet hilarisch. Bij nadere inspectie echter is die aanduiding misschien zo dwaas nog niet. Misschien moet volledig welbevinden simpelweg begrepen worden als ideaal waarvan we op voorhand weten dat we het niet kunnen kennen en nooit zullen bereiken doch dat desondanks nagestreefd kan worden. Immers, al kennen we het ideaal niet, over de belemmeringen bij de realisering ervan weten we wel iets en aan die belemmeringen kunnen we wellicht iets doen. Geldt er niet iets vergelijkbaars voor ons wetenschappelijk onderzoek? Ook daar is de rationale dat we een ideaal, nl. het ideaal van volledige kennis, bereiken terwijl we er zeker van zijn de ultieme waarheid nooit te zullen kennen. Wel echter kunnen we onhoudbare theorieën als zodanig ontmaskeren en elimineren. Net zoals we de kennis van het Wezender Dingen nooit zullen bereiken en de waarheid enkel iets dichterbij brengen door de eliminatie van onwaarheid, zo kunnen we het onbereikbare "volledige welbevinden" wellicht iets minder ver brengen door reductie van overbodig lijden.

Zo zijn we aangekomen bij wat ik gaarne beschouw als het geëigende object van deze nieuwe wetenschappelijke tak van sport, de geestelijke gezondheidkunde. Het vak is geen salutare onderneming; het is geen welzijnswetenschap. Het vak bestrijkt irrationeel gedrag dat de betrokkene doet lijden. Door onderzoek dient nagegaan te worden welke mechanismen ten grondslag liggen aan gestoord gedrag. In

---

klinisch werk dient, waar mogelijk, het verkregen inzicht te worden toegepast. In het onderwijs moeten studenten vertrouwd worden gemaakt met de stand van wetenschap en de mogelijkheden deze toe te passen.

Graag ga ik iets dieper in op de bijdrage die Geestelijke Gezondheidskunde kan leveren aan het wetenschappelijk onderzoek. Ik zou dat willen doen door U een casus voor te leggen. Het betreft geen gevalsbeschrijving van een patiënt, maar de casus betreft de stand van zaken op één onderzoeksgebied, te weten het onderzoek naar paniekstoornissen. Onderzoek naar paniek vormt één, en slechts één van de onderzoeksthema's van de vakgroep Geestelijke Gezondheidskunde.

Kenmerkend voor de paniekstoornis is het optreden van paniekaanvallen; episodes van plotselinge heftige angst waarbij betrokkene vreest dood te gaan, flauw te vallen, krankzinnig te worden of dat andere rampen zich elk moment zullen voltrekken. De aanvallen gaan gepaard met o.m. duizeligheid, hartkloppingen, trillerigheid, wazig zien, vlagen van warmte. Bij sommigen treden de aanvallen alleen op wanneer betrokkenen zich in specifieke situaties bevinden. Dikwijls echter zijn de aanvallen niet situatief. De paniek slaat plots, onvoorspeld toe. Er is weinig voor nodig om in te zien hoezeer het levensplezier vergald kan worden door de permanente dreiging van een nieuwe episode van radeloze angst. Begrijpelijk(er)wijs ontwikkelen veel patiënten een "anticipatieangst", ze zijn bang dat een nieuwe aanval optreedt. Onderzoekskwesties liggen voor de hand. Hoe komt het dat sommige mensen paniekaanvallen hebben en, natuurlijk, wat is daaraan te doen?

---

Welnu, verklaringen van de paniekstoornis blijken op verschillende nivo's gegeven te kunnen worden. Een losse greep uit de recente bevindingen moge een indruk geven. Met kracht worden de laatste jaren biologische verklaringen van de paniekstoornis naar voren gebracht. Er zijn dan ook enkele gegevens die de vruchtbaarheid van biologische perspectieven steunen: zo is de kans dat een 2de lid van een tweeling paniekstoornis heeft indien het 1ste lid van de tweeling een paniekstoornis heeft, aanzienlijk groter indien het een eenlinge in plaats van een twee-elinge tweeling betreft. Er zijn een serie aanwijzingen dat het noradrenerge systeem bij paniekpatiënten hyperreactief is: clonidine reduceert de centrale noradrenerge transmissie en heeft in paniekpatiënten een *sterker* hypotensief effect dan in controle proefpersonen. Omgekeerd reageren paniekpatiënten heftiger op farmacologische stimulering van het NA systeem middels b.v. Yohimbine. Interessant genoeg vonden wij recent dat gezonde studenten met de beste wil van de wereld niet konden uitmaken of ze een placebo hadden geslikt of 20 mg Yohimbine. Meer dan 90% van de paniekpatiënten wist dat binnen 30 minuten met zekerheid te zeggen. Ook farmacotherapeutische bevindingen steunen het idee dat paniekpatiënten in biologisch opzicht afwijken van controles. Zo zijn tricyclische antidepressiva, die direct of indirect inwerken op het NA systeem, vrij effectief bij de behandeling van paniek. Zeer gunstige effecten worden bereikt met de getriazoleerde benzodiapine Alprazolam. Slechts terzijde zij gemeld dat de nevenwerkingen daarvan mij nogal ernstig voorkomen. Dit voor wat betreft biologische perspectieven op paniek.

Vanuit gedragswetenschappelijke kring is op het volgende gewezen. Paniekpatiënten rapporteren dat tijdens

---

paniekaanvallen diverse saliente lichamelijke gevoelens worden waargenomen en, meer nog, patiënten zeggen *bang* te zijn voor die lichamelijke symptomen. Er is geopperd door gedragswetenschappers, dat lichamelijke gevoelens méér zijn dan epifenomenen. Paniekpatiënten zouden een fobische angst kunnen hebben voor specifieke lichamelijke gevoelens: waarneming van een specifieke sensatie zou leiden tot subjectieve angst en tot versterking van de optredende vreeswekkende lichamelijke gevoelens. Hoewel deze theorie nogal grof is geschetst kan iets worden gezegd over de empirische kredietwaardigheid. Allereerst werd zonneklaar dat inderdaad paniekpatiënten zeer specifiek interoceptieve angsten hebben. Iets preciezer, paniekpatiënten interpreteren lichamelijke signalen als voorbodes van catastrofes, zoals een hartaanval. Het aanbieden van de gevreesde lichamelijke gevoelens, b.v. door isoproterenol, cafeïne, natrium lactaat, CO<sub>2</sub>, Yohimbine etc. leidt in paniekpatiënten tot angst; in controle proefpersonen niet of nauwelijks. Dat strookt zeer nauwkeurig met een psychologische "interoceptieve angsttheorie". Paniekpatiënten die vóór CO<sub>2</sub> inhalatie goed worden geïnformeerd zijn nauwelijks meer bang. In zeer elegant onderzoek werd nep feedback (auditief) gegeven van een hartslagacceleratie aan "normalen" en aan paniekpatiënten. In "normalen" leiden de vermeende hartslagacceleratie niet tot angst en tot een (lichte) daling van de feitelijke hartslag frequentie. In paniekpatiënten daarentegen trad niet alleen angst op, doch ook een stijging van de feitelijke hartslag en bloeddruk. Een laatste bevinding van enige klinische relevantie is de behandeling met cognitieve therapie. De resultaten die gepubliceerd zijn lijken zeer goed.

Tot zover de casus "paniekonderzoek". Casuïstische

---

mededelingen bewijzen niets doch hebben een heuristische waarde. Wat suggereert de huidige casus? In de eerste plaats valt op dat zowel gedragswetenschappelijk- als biomedisch geörienteerde onderzoekers zich tegen hetzelfde fenomeen aanbemoen. Het paniekonderzoek geeft voorbeelden van biomedische theorieën die leidden tot krachtige voorspellingen die uitkwamen en die niet goed gedragswetenschappelijk te verklaren zijn (ik denk b.v. aan het herkennen van Yohimbine door patiënten en niet door gezonde proefpersonen). Tevens echter zijn gedragswetenschappelijke bevindingen genoemd die niet één, twee, drie tot biomedische premissen te herleiden zijn. (Er zij b.v. terugverwezen naar de eerder genoemde bevinding dat auditieve feedback van hartslagacceleratie vreeswekkend is voor paniekpatiënten maar niet voor controle proefpersonen). Dat er gedragseigenaardigheden zijn die wel met biologische -, en niet met psychologische premissen te verklaren zijn is niets nieuws: te denken valt aan gedragsabberaties ten gevolge van hersentrauma's. Maar hoe zit dat omgekeerd: zijn er gedragingen die zich uitsluitend in psychologische-, en niet in biologische termen laten verklaren? Het komt mij voor van niet. Ik kan mij geen gedrag of bewustzijnstoestand voorstellen zonder neuronale basis. Zouden wij die basis kennen dan zouden we het gedrag kunnen verklaren en voorspellen. Zouden we de neuronale toestand creëren dan zou het gedrag optreden. Bij implicatie meen ik derhalve dat aan bijzonder gedrag een bijzonder biologisch substraat ten grondslag ligt. Ook al huldigt men, zoals de huidige spreker, zo'n enigszins reductionistisch standpunt, dan impliceert dat echter geenszins dat biopsychiatrisch experimenteren vruchtbaarder zal zijn dan gedragswetenschappelijk onderzoek. Dit kan verduidelijkt

---

worden met een voorbeeld dat ik dankbaar ontleen aan de Britse filosoof Dennett.

Schaakcomputers zijn ingewikkelde machines. Ontwerpers van hardware en software voor schakcomputers weten zeer wel dat elke volgende zet van het apparaat volledig bepaald wordt door de fysieke toestand van de computer. Wie wil winnen van de computer, zal het gedrag van het ding moeten voorspellen. Zo'n op winnen en voorspellen beluste speler doet er onverstandig aan de momentane fysieke toestand van de machine in zijn overwegingen te betrekken. Dat is onverstandig omdat het apparaat daarvoor veel en veel te complex is. Nee, mensen die willen winnen van een goede schakcomputer, en dat geldt ook voor computertechnici, die maken slechts een kans indien zij aan de computer bedoelingen en redeneringen toedichten. De computer "wil" winnen, hij "probeert" mij om de tuin te leiden, hij "denkt" dat ik hem niet in de gaten heb, etc. De moraal van dit voorbeeld is het volgende: of men gedrag wenst te verklaren in psychologische of in fysische termen hangt er niet vanaf of gedrag uiteindelijk een neurochemische basis heeft. Een pragmatisch standpunt lijkt produktiever: vanuit welk perspectief komen we tot de meest interessante voorspellingen en tot de krachtigste manipulaties? Het is zeker niet op voorhand duidelijk dat fysische perspectieven het meest vruchtbaar zijn: dat geldt voor complexe schakcomputers en dat geldt a fortiori voor normaal en abnormaal gedrag waarvan de bedrading nog zo ontzagwekkend veel complexer is.

Experimenteel psychopathologisch onderzoek wordt echt spannend wanneer biologische en psychologische perspectieven rechtstreeks vergeleken worden met betrekking tot hun voorspellende kracht. Vaak betreft dat laboratorium

---

onderzoek; soms is de inzet van zo'n krachtmeting de therapeutische effecten van ingrepen. Een fraai voorbeeld van dat laatste is een recente studie van Klosko et al. (1988) waarin de anti-paniek effecten werden vergeleken van wat de krachtigste farmacologische, respectievelijk psychologische strategieën lijken te zijn: Alprazolam respectievelijk cognitieve therapie. Wat helpt het beste? Deze strijd werd beslecht in het voordeel van de cognitieve therapie: 87% van de patiënten vrij van paniek met cognitieve therapie vs 50% met Alprazolam. Eén studie is te weinig voor definitieve conclusies. Nieuw klinisch onderzoek wordt met spanning afgewacht.

De casus paniekonderzoek maakt nog iets duidelijk. Zowel het biologische als het gedragswetenschappelijk onderzoek heeft belangrijke klinische en maatschappelijke implicaties. De gevonden toepassingsmogelijkheden konden duidelijk worden doordat voorheen uitvoerig onderzoek werd verricht naar fundamentele, pre klinische kwesties. Onderzoekers op het terrein van de biologische psychiatrie en de leertheorie/cognitieve psychologie hebben iets om toe te passen. De oproep aan universitaire onderzoekers om toch vooral toepasbaar klinisch relevant onderzoek te doen is luid en natuurlijk moet zulk onderzoek ook gebeuren. Ik hecht eraan te waarschuwen tegen een premature, al te eenzijdige oriëntatie op toegepast onderzoek gericht op de oplossing van brandende maatschappelijke kwesties. We weten nog zo weinig. Laat ons de tijd nemen om kennis - mogelijk toepasbaar - te verwerven.

Met deze korte excursie naar het angstonderzoek trachtte ik allereerst te laten zien dat gecombineerd biologisch / psychologisch onderzoek belangrijk, spannend en leuk is. Tevens moge het angstonderzoek een voorbeeld hebben



---

gegeven van maatschappelijk en klinisch relevante, toepasbare inzichten die pas konden ontstaan door een gerulme investering in fundamenteel psychologisch en farmacologisch onderzoek. Duidelijk werd dat onderzoekers soms opbotsen tegen het lichaam/geest probleem of zo U wilt, het lichaam/geest mysterie. Met verwijzing naar Dennetts' schaakcomputer werd betoogd dat een pragmatische opstelling hier vruchtbaar is.

De thema's waaraan ik tot slot enige bespiegelingen wil wijden zijn de maatschappelijke relevantie van Geestelijke Gezondheidskunde, het onderwijs in de Geestelijke Gezondheidskunde en de relatie van Geestelijke Gezondheidskunde met andere disciplines. Wat eerder werd gezegd over het object en het onderzoek van de Geestelijke Gezondheidskunde heeft evidente implicaties voor de maatschappelijk relevantie van het vak, de aard van het onderwijs en de relatie met andere disciplines. Ik kan iets minder lang van stof worden.

*Dames en heren*, de voorafgaande bespiegelingen waren wellicht wat abstract. Misschien ontstond de indruk dat Geestelijke Gezondheidskunde gaat over iets dat ver verwijderd is van gewone mensen. Als die indruk werd gewekt is dat ten onrechte. Dit zij verduidelijkt met enige gegevens. Suïcide behoort, niet alleen onder psychiatrische patiënten maar ook onder de jongere bevolking, tot één van de belangrijkste doodsoorzaken. Per jaar doen ongeveer 100.000 landgenoten een poging; ruim 2.000 beneemt zichzelf daadwerkelijk het leven. In Nederland kregen twee jaar terug, zo'n 600.000 mensen een uitkering op grond van volledige arbeidsongeschiktheid. Zo'n 160.000 daarvan krijgen hun uitke-

---

ring wegens een "psychische ziekte". Daarmee vormt "psychische ziekte" veruit de grootste van de 17 door de Gemeenschappelijke Medische Diensten (GMD's) onderscheiden diagnostische groepen op basis waarvan tot arbeidsongeschiktheid wordt besloten. De één na grootste diagnostische groep zijn de aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Het leeuwedeel van de uitkeringen hier wordt uitgekeerd in verband met "psychosomatische (rug)pijn", dat is pijn waarvoor geen anatomisch substraat aanwezig is. Met het betalen van uitkeringen aan rugpijnpatiënten is zeer veel geld gemoeid. Vanaf het moment dat de dekaan mij het woord gaf tot nu, kostte, "psychosomatische", lage rugpijn alleen al de gemeenschap zo'n half miljoen gulden. Psychische ellende, gestoord gedrag gaat ons aan, al was het maar als belastingbetaler.

De verlening van hulp aan mensen met psychische problemen heeft zich in Nederland verzelfstandigd. Dat begon tussen de beide wereldoorlogen met de instelling van de Sociaal Psychiatrische Diensten, de Medisch Opvoedkundige Buro's en de Buro's voor Levens- en Gezinsvragen. Met de instellingen van psychotherapeutische instituten vlak na de tweede wereldoorlog, heeft die ontwikkeling doorgezet. De integratie van de vele voorzieningen heeft geculmineerd in de oprichting van de Regionale Instituten voor Geestelijke Gezondheidszorg, de RIAGG's. Het werk in de geestelijke gezondheidszorg waarvoor een hogere opleiding nodig wordt geacht, wordt vooral verricht door psychiaters, psychologen, pedagogen, maatschappelijk werkers en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Belangwekkend is de forse overlap die er is tussen de activiteiten die door vertegenwoordigers van verschillende disciplines worden verricht. Als niet wordt gelet

---

op inschaling of formele taakomschrijvingen, doch als men zich beperkt tot de feitelijke professionele werkzaamheden zal niet ontgaan dat er vervaging is opgetreden van de grenzen tussen de disciplines. De oorspronkelijke rolverdeling naar professie, bijvoorbeeld van de psychiater als medicus en de psycholoog als testdeskundige, betekent nog maar weinig in hun huidige dagelijkse werkzaamheden. Beiden zijn nu diagnostisch en therapeutisch werkzaam op het hele gebied van gedragsproblemen in de geestelijke gezondheidszorg. Ook het wetenschappelijk onderzoek laat een dergelijke branche-vervaging zien. Onder de meest gerenommeerde leertheoretici en gedragstherapeuten bevinden zich nogal wat medici. Belangrijk biologisch-psychiatrisch werk wordt verricht door psychologen.

Genoemde verzelfstandiging en vervaging van grenzen tussen professies suggereert de levensvatbaarheid van een eigensoortige universitaire studie. Dit is overigens geen nieuwe gedachte. Zo pleitte Baan in de zestiger jaren al voor een ontkoppeling van de opleiding tot psychiater van de algemeen geneeskundige studie.

De situatie in de geestelijke gezondheidszorg is op een aantal punten vergelijkbaar met het onderwijsbeleid en het bedrijfsleven. Ook daar waren van oudsher academici werkzaam met sterk onderscheiden opleidingen die niet duidelijk gerelateerd waren aan feitelijke activiteiten. Er ontstonden hier veldwetenschappen: onderwijskunde en bedrijfskunde. Kenmerkend voor zulke veldwetenschappen is dat niet één disciplinair perspectief (b.v. onderwijspsychologie of bedrijfseconomie) het ordenend principe vormt. Het object van het vak wordt gedefinieerd door een groep samenhangende problemen. Het zijn de problemen die de

---

samenhang en organisatie bepalen; niet bepaalde aspecten zoals psychologische, economische of juridische. Wat gold voor onderwijskunde en bedrijfskunde, geldt voor Geestelijke Gezondheidskunde. Het is een *veldwetenschap van de geestelijke gezondheidszorg*. Studenten bestuderen de problemen die de bestaansgrond vormen van de geestelijke gezondheidszorg: angsten, wanen, depressies, verslaving etc. Zoals voorgaande suggereerde is Geestelijke Gezondheidskunde geen welzijnswetenschap doch vormt het een academische studie met gedragsproblemen als object. De opleiding in de Geestelijke Gezondheidskunde is multidisciplinair. Als goede vuistregel geldt dat ongeveer 1/3 van de discipline inbreng afkomstig is uit de bio-medische wetenschappen, ongeveer 1/3 uit de gedragswetenschappen en ongeveer 1/3 uit de socio-culturele wetenschappen. Tijdens de studie verdiept men zich in o.m. de klinische fenomenologie, diagnostiek, epidemiologie, etiologie en behandeling van gedragsstoornissen. Hoewel de opleiding goeddeels bestaat uit het verwerven van kennis, wordt ruime aandacht besteed aan het verwerven van praktische vaardigheden. Afgestudeerden weten niet alleen wat, ze kunnen ook wat. Studenten zijn voorbereid op een beroepsuitoefening in de geestelijke gezondheidszorg. Ze kunnen aldaar als junior medewerker bijdragen aan o.m. begeleiding, behandeling, diagnostiek, preventie, evaluatie, onderzoek en programma-ontwikkeling. Afgestudeerden die kiezen voor werken in de patiëntenzorg zullen, evenals andere academici, naar verwachting een eerste periode als junior functioneren en onder supervisie staan van bijvoorbeeld een psycholoog of psychiater. Een en ander zal kunnen gebeuren bijvoorbeeld RIAGG's en in psychiatrische ziekenhuizen. Een aantal

---

studenten zal werkzaam kunnen zijn in meer fundamenteel onderzoek. Wat de kansen op werk zijn, vergeleken met afgestudeerden in andere richtingen van deze faculteit of vergeleken met afgestudeerden met verwante opleidingen, dat weten we nog niet; er zijn slechts enkele studenten afgestudeerd. De beste bijdrage die de wetenschappelijke staf alhier kan leveren is het aanbieden van een ultmuntend curriculum.

Wanneer het veldwetenschappelijk karakter van Geestelijke Gezondheidskunde voor ogen wordt gehouden, is de relatie met andere vakgebieden kort en eenvoudig te verhelderen. Studenten worden niet opgeleid in één discipline om deze dan in een latere fase van de studie, tijdens een specialisatie, toe te passen op een bepaald gebied. Studenten bestuderen problemen en maken daarbij dankbaar gebruik van het intellectuele erfgoed van eerdere generaties en van andere disciplines. Soms is dat leertheorie, soms de klinische psychiatrie, soms epidemiologie, soms psychofysiologie, etc. Geestelijke Gezondheidskunde is dus geen klinische psychologie en ook geen verkapt klinische psychologie, zoals wel eens is geopperd. Natuurlijk wordt geprofiteerd van veel van het goede dat de psychologie te bieden heeft; het zou dom zijn dat niet te doen. De verhouding van de opleiding Geestelijke Gezondheidskunde tot de opleiding (klinische) psychologie is echter niet anders dan de verhouding tussen bedrijfskunde en, pak weg, bedrijfseconomie.

Wij zijn gekomen aan het einde van deze les. Ik heb getracht in grove, men mag wel zeggen, in zéér grove lijnen te schetsen wat het object is van Geestelijke Gezondheidskunde, waarom dat zo is, aan wat voor soort onderzoek de Geestelijke

---

Gezondheidskunde een bijdrage kan leveren, wat de maatschappelijke relevantie ervan is, hoe het onderwijs eruit ziet, c.q. zou moeten zien en hoe Geestelijke Gezondheidskunde gesitueerd is ten opzichte van verwante empirische wetenschappen.

*Dames en heren studenten.*

Een nieuwe afstudeerrichting als de onze heeft slechts recht van bestaan indien de opleiding zeer goed is. De opleidingsfaciliteiten waarover U in betrekkelijke vrijheid kunt beschikken, lijken me voortreffelijk, doch daarmee is lang niet alles gezegd. De kwaliteit van een opleiding immers is vooral afhankelijk van de inzet en werklust van de betrokkenen. Welnu, ik ben getroffen door Uw weetgierigheid, enthousiasme en de kundigheid van degene van U die inmiddels afstudeerden. Natuurlijk worden de mogelijkheden van universitaire vorming begrensd door de beperkte studieduur die ons is toegestaan. Binnen die beperking, die ook voor andere opleidingen geldt, is er gegronde reden tot optimisme en zelfvertrouwen. Een aantal Uwer geeft blijk van ware wetenschappelijke hartstocht en participeert in universitair onderzoek. Uw intelligentie, Uw onbevangenheid en vaak Uw bevologenheid maakt intensief contact vruchtbaar en uiterst aangenaam. Ik hoop van U te blijven leren.

*Dames en heren, leden van het College van Bestuur.*

De voordracht voor de huidige leerstoel is een van de eerste die niet werd bekrachtigd door de Kroon doch door U. Ik ben aan U niet minder dank verschuldigd dan dat ik aan de

---

Koningin geweest zou zijn. Naar beste kunnen zal ik trachten het vertrouwen door U gesteld in mij en in de wijsheid van de voordracht door de Faculteit der Gezondheidswetenschappen niet te beschamen.

*Dames en heren, leden van de vakgroep  
Geestelijke Gezondheidskunde.*

U vormt een weinig bureaucratisch, om niet te zeggen een anarchistisch zootje ongeregeld. Het is enkel dankzij Uw piratenoptreden dat het curriculum Geestelijke Gezondheidskunde zo sprankelend en goed werd en dat het op tijd klaar was. Voor dit wapenfeit verdient U groot respect. Nu het curriculum, althans een eerste versie ervan, af is en de hete adem van nieuwe jaargangen studenten niet meer in de nek gevoeld wordt, nu is de tijd daar onze "splendid isolation" enigszins te verbreken en om geregeld overleg te voeren met de faculteit waarvan Geestelijke Gezondheidskunde deel uitmaakt.

*Dames en heren, leden van het onderzoekprogramma  
Experimentele Psychopathologie.*

Binnen enkele jaren is een clubje in research geïnteresseerde gedragstherapeuten uitgegroeid tot het huidige Experimentele Psychopathologie, waar Interdisciplinair, Interfacultair onderzoek wordt verricht; onderzoek dat deels fundamenteel, deels toegepast is en dat een deels leertheoretische, deels cognitief psychologische, deels psychofysiologische en deels biologisch psychiatrische signatuur heeft. Vooral door de niet aflatende stroom voortreffelijke publicaties

---

die U liet verschijnen, heeft Experimentele Psychopathologie een vooraanstaande internationale positie verworven. Binnen zo'n productieve groep te werken is stimulerend en plezierig. Niet alleen is veel goed werk verzet, er zijn goede gronden te geloven dat het beste nog moet komen.

Het is een voorrecht leiding te mogen geven aan een dergelijk team.

*Hooggeleerde Bremer, zeer geleerde Beekers, beste Joost en beste Max.*

Jullie stonden aan de wieg van Geestelijke Gezondheidskunde en Max, jij initieerde bovendien het onderzoekprogramma "Experimentele Psychopathologie". Het tot ontwikkeling brengen van een nieuwe afstudeerrichting en een nieuw onderzoekprogramma vereisen visie, daadkracht en bestuurlijk uithoudingsvermogen. Zonder dat was Experimentele Psychopathologie er niet geweest, was Geestelijke Gezondheidskunde er niet geweest en waren wij hier nu niet verenigd. Jullie beiden, weet je verzekerd van mijn erkentelijkheid.

*Dames en heren overige aanwezigen.*

Ook U ben ik erkentelijk: voor de belangstelling waarvan U door Uw aanwezigheid blijk gaf en voor het onderdrukken van openlijke tekenen van de verveling die U ongetwijfeld tijdens deze oratie is overvallen. Laat ons dit samenzijn in informele sfeer voortzetten in het Trefcentrum. Me dunkt dat niemand



---

ermee gebaat is indien U het Trefcentrum in slagordeopstelling betreedt. Laat ons het glas heffen doch wacht U daarmee niet tot wij elkander de hand hebben geschud.

In het volle besef van mijn feilbaarheid beëindig ik deze les.

Ik heb gezegd.